

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

666

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Joseph CHATEAU

Né à Saint-Ouen (Seine), le 1^{er} Février 1874

Ancien externe des Hôpitaux

INFLAMMATION & SUPPURATION

DES

Kystes et Pseudokystes Sacculaires

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

MARFAN et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

666

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Joseph CHATEAU

Né à Saint-Ouen (Seine), le 1^{er} Février 1874

Ancien externe des Hôpitaux

INFLAMMATION & SUPPURATION

DES

Kystes et Pseudokystes Sacculaires

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, professeur.

MARFAN et POIRIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, Ch. RICHEL. — Physique médicale. GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GLYON. — Clinique d'accouchement. BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques. M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial et de
reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Introduction

Nous avons eu l'occasion de voir et de suivre une malade qui a présenté de la péritonite d'un sac herniaire déshabité ; ce sac était en voie d'isolement d'avec la cavité péritonéale. Ce fait rare, dont nous avons cependant retrouvé des exemples dans la littérature médicale, nous a paru mériter l'attention ; il a présenté un intérêt tout particulier, d'abord à cause de la difficulté du diagnostic, ensuite parce qu'il permettait de saisir sur le fait le mode de formation des pseudo kystes et des kystes sacculaires qui ont été si remarquablement étudiés par M. le Professeur Duplay dans sa thèse inaugurale.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, à l'occasion de ce fait exceptionnel, de reprendre cette question qui, depuis 1865, n'a été, à notre connaissance, l'objet d'aucune thèse, et qui n'est signalée dans les traités classiques que d'une façon très brève.

Nous ne pensons cependant pas décrire ici une

affection nouvelle ; notre but est plus modeste, et nous nous estimerons heureux si nous avons pu montrer la possibilité de l'infection d'un sac déshabité, et l'importance du diagnostic en pareil cas, puisque le taxis inopportun aurait fatalement déterminé les accidents les plus graves.

Comme l'examen bactériologique du pus a pu être fait complètement dans ce cas exceptionnel, nous en profiterons pour essayer de déterminer la façon dont l'infection s'est produite.

Nous voudrions arriver à établir l'intérêt que présenterait l'examen bactériologique systématiquement fait dans les cas de kystes et pseudo kystes sacculaires, et de kystes du cordon, quelle que soit la nature du contenu (sérosité, sang, pus).

Enfin, après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur les kystes et pseudo kystes sacculaires, nous terminerons ce travail par quelques indications thérapeutiques.

Mais avant de commencer cette étude, il nous tient particulièrement à cœur de remercier une fois encore les maîtres qui nous ont guidé de leurs conseils bienveillants et ont si puissamment contribué, à la Faculté et dans les Hôpitaux, à notre éducation médicale et chirurgicale.

MM. les professeurs Duplay, Landouzy, Pinard, Dieulafoy ; MM. les professeurs agrégés Troisier, Fernet, Thiery, Thiroloix, Renon ; MM. les docteurs

Queyrat, Chevallier, Soupault, Lyot sont nos principaux éducateurs, nous leur apportons la respectueuse expression de toute notre gratitude.

Nous tenons à remercier particulièrement M. le docteur Lucas-Championnière. Ce maître éminent que chacun aime et admire, nous a témoigné personnellement sa grande bonté pendant l'année fructueuse que nous avons passée auprès de lui, — et à maintes reprises depuis lors.

Enfin nous ne pourrions jamais nous acquitter envers M. le professeur agrégé Launois qui depuis six années a été pour nous le plus excellent et le plus dévoué des maîtres. Il n'a cessé de nous prodiguer un appui et des conseils précieux. Ses remarquables leçons cliniques du dimanche à l'hôpital Tenon resteront gravées dans notre mémoire.

L'observation capitale qui a servi de point de départ à ce travail appartient à M. le docteur Raymond Petit, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale adjoint de la Faculté à l'Hôpital Necker, qui ne nous a pas ménagé ses conseils au moment de la rédaction que nous avons dû malheureusement mener un peu hâtivement. Merci également au très distingué docteur Bucot, interne de l'hôpital Saint-Joseph, pour son intéressante observation.

Notre beau-frère, le docteur Menier, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique chirurgicale adjoint de la Faculté à l'Hôtel-Dieu, a droit à notre reconnais-

sance pour les conseils qu'il nous a donnés au cours de nos études.

M. le professeur Berger, en souvenir sans doute de son ancien externe le docteur Elie Chateau, mon frère, a bien voulu accepter la présidence de cette thèse : c'est un honneur dont nous sentons tout le prix et que nous ne méritons certainement pas.



Historique

L'inflammation et la suppuration du sac herniaire deshabité, que celui-ci soit d'ailleurs en communication avec la grande cavité péritonéale par un orifice plus ou moins rétréci ou que l'oblitération soit complète donnant naissance à un véritable kyste sacculaire, sont des accidents dont la connaissance est déjà ancienne.

Et cependant les traités des hernies et les ouvrages classiques n'en font guère mention. Ce que l'on retrouve sur ce sujet dans la littérature médicale ce sont surtout des observations isolées.

Dupuytren (1), en 1839, rapporta l'histoire d'une femme atteinte de hernie chez laquelle on crut à l'étranglement ; cette malade fut opérée par Sanson, qui trouva un sac rempli de pus : ce sac était lisse, sans adhérences et nettement séreux. Il communiquait d'une façon certaine avec le péritoine et con-

(1) Dupuytren. — *Leçons orales de clin. chirg.*, t. III, p. 582. Paris, 1839.

tenait du pus. Mais on n'y trouva ni intestin ni épiploon.

Dans les bulletins de la Société anatomique, en 1841, Maunoury (1) cite un cas de hernie inguinale droite que l'on avait cru étranglée. Roux, après avoir fait le diagnostic d'abcès du sac incisa et trouva du pus. La malade succomba et l'autopsie permit de constater que ce pus siégeait dans un sac complètement oblitéré.

Dans la thèse de Chapsal (2) Flaubert parle d'un sac transformé en hématocele.

Dolbeau rapporte un fait du même genre en 1854, à la Société anatomique (3).

Chassaignac (4), en 1855, publia dans la revue médico-chirurgicale de Malgaigne un important mémoire sur les « sacs herniaires déshabités et les accidents d'étranglement auxquels ils donnent lieu ». Il montre dans cette étude que les sacs déshabités peuvent rester en communication avec le péritoine ou avoir perdu toute connexion avec la séreuse.

Dans les bulletins de la Société anatomique de Paris, Doyen (5) rapporte, en 1856, l'histoire d'un malade de Richet qui parut succomber à des phénomènes d'étranglement ; mais l'autopsie montra ce

(1) *Maunoury*. — Bull. soc. anat. t. XVI, p. 44, 1841.

(2) *Chapsal*. — Thèse de Paris, 1848, p. XXI.

(3) *Dolbeau*. — Soc. anat., t. XXIX, p. 72, 1854.

(4) *Chassaignac*. — Rev. méd. chir., 1855, t. XVII, p. 281.

(5) *Doyen*. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1856.

fait intéressant que le sac était divisé en deux loges, dont l'une pleine de liquide, était vide d'intestin et dont l'autre, plus haut située, contenait de l'intestin grêle. Il s'était produit de la péritonite herniaire sans étranglement.

Gosselin (1), en 1865, dit dans ses leçons sur les hernies abdominales : « Le sac dont le collet est oblitéré, peut rester vide, il est vrai, mais aussi il peut se remplir de sérosité, de sang, de pus, etc., et l'on a des hydrocèles, des hématoécèles enkystées, dont on ne pourrait se rendre compte sans ces connaissances d'anatomie pathologique. »

Dans l'article « aîne » du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article écrit par Verneuil (2), les abcès herniaires sont retracés dans leurs grandes lignes et leurs principales conséquences sont indiquées.

M. Duplay (3), en 1865, dans sa thèse de Doctorat — à laquelle nous aurons d'ailleurs à faire plus d'un emprunt pour ce travail — après avoir étudié les collections séreuses et hydatiques de l'aine, après avoir repris les observations de Ledran (4), d'Arnaud (5),

(1) *Gosselin*. — Leçons sur les hernies abdominales, p. 23, Paris, 1865.

(2) *Verneuil*. — Dict. encycl. art. aîne, p. 268, 1864.

(3) *Duplay*. — Thèse de Paris, 1865.

(4) *Ledran*. — Obs. de chir., Paris 1731, t. II, p. 155.

(5) *D'Arnaud*. — Cité par Demaux.

de Littré (1), de Demeaux (2) divise ces affections en pseudo-kystes, et en kystes sacculaires suivant qu'il persiste ou non un orifice de communication entre le sac et la grande cavité péritonéale. Abordant les complications auxquelles peuvent donner lieu ces affections, M. le professeur Duplay insiste longuement sur l'inflammation et la suppuration qui peuvent se produire au niveau du sac et il en rapporte plusieurs exemples que nous retrouverons plus loin.

Depuis l'important mémoire de Chassaignac, le travail le plus complet que nous ayons retrouvé sur cette question, est celui de M. le professeur agrégé A. Broca dans les bulletins de la société anatomique de Paris 1887. C'est à l'occasion d'un cas de hernie inguinale avec position inconnue du testicule et suppuration du sac déshabité, que M. Broca, alors professeur, présenta ce travail à la séance du 29 avril 1887.

Dans une première partie, l'auteur revient sur la question des hernies congénitales et du mode de formation de la vaginale. Nous retiendrons surtout la seconde partie de son travail, très complète et admirablement étudiée et qui porte sur « la suppuration des sacs herniaires déshabités ou plutôt sur leur inflammation, car à certains points de vue la nature du liquide n'a guère d'intérêt. »

(1) Littré. — Mem. acad. sc. 1703, p. XLIX.

(2) Demeaux. — Rech. sur l'évol. du sac herniaire p. 12 et 60, Paris 1842.

L'auteur montre que ces phénomènes d'inflammation avec collection inflammatoire dans le sac peuvent très bien se produire dans une hydrocèle du cordon ou bien dans une hydrocèle avec testicule en ectopie.

Nous reviendrons, en étudiant l'anatomie pathologique, sur cet intéressant mémoire auquel nous ferons de larges emprunts.



Pathogénie de l'infection sacculaire

On s'est demandé par quel mécanisme une hernie intestinale pouvait s'enflammer. C'est aux théories qui ont été émises pour l'expliquer qu'on doit avoir recours pour ce qui concerne l'inflammation et la suppuration d'un pseudo-kyste sacculaire.

On a divisé les inflammations des hernies en deux catégories au point de vue pathogénique. Dans l'une se rangent les cas dont l'étiologie est tout à fait banale, ceux dont les causes sont très obscures. On a invoqué en pareille circonstance l'influence du traumatisme. Un malade de J.-L. Petit avait reçu un coup; un autre de Velpeau avait eu une contusion due à une balle morte. On a invoqué également de petits traumatismes de moindre importance mais souvent répétés, ce que quelques auteurs ont appelé le traumatisme chronique. Tels sont les frottements qui existent du côté d'une hernie volumineuse, les froissements produits par un bandage herniaire mal appliqué ou contenant mal la hernie.

Enfin, il y a aussi des cas, comme ceux de Pott, Château

de Doyen, de Tédénat, de Ostermayer dans lesquels on n'a pu trouver aucune indication étiologique. Suivant Jaboulay (1) « il faut alors faire intervenir cette sorte de diminution de la résistance à l'infection dont nous avons déjà parlé à propos des épiplocèles et qui semble être l'apanage des viscères herniés ».

Dans la plupart des cas, c'est l'intestin qui est le point de départ de l'infection ; mais alors on observe des corps étrangers, des perforations de l'intestin, et nous nous éloignons des cas qui peuvent être rapprochés de notre observation.

Lorsqu'il s'agit d'un pseudo-kyste, comme celui dont nous avons rapporté l'histoire, il ne faut pas oublier qu'il reste en communication directe avec la cavité abdominale, dont il n'est, au même titre que le sac herniaire, qu'un diverticule, mais un diverticule qui tend à s'isoler. Les relations de ce sac péritonéal avec l'intestin peuvent exister d'autant plus facilement que lorsque le sac déshabité tend à se fermer et ne laisse plus pénétrer le viscère, celui-ci refoule devant lui une ébauche de second sac herniaire. On comprend sans peine que, dans ces conditions, l'inflammation ou le pincement de l'intestin dans la seconde hernie puissent amener l'inflammation et la suppuration du sac désha-

(1) *Jaboulay*. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, T. VII, page 643.

bité qui est en communication avec elle. Il est très probable que les choses se sont passées ainsi chez la malade dont nous rapportons l'observation. Chez elle en effet, on trouva un sac déshabité en communication avec un sac nouvellement formé.

L'origine intestinale de cette infection est rendue probable, on peut même dire certaine par ce fait que d'une part au moment de l'opération le pus examiné au point de vue bactériologique contenait du *bactérium coli* à l'état de pureté et aussi, d'autre part, parce que dans une intervention ultérieure, on put constater sur une anse intestinale capable de se mettre facilement en relation avec l'orifice herniaire, des traces d'inflammation ancienne aboutissant à l'épaississement des parois et tendant à produire de la sténose de l'intestin.

Il est regrettable d'ailleurs qu'on n'ait pas pu faire l'examen bactériologique du liquide contenu dans les kystes et pseudo-kystes sacculaires non enflammés. Dans un sac herniaire, on trouve au début du liquide citrin susceptible de devenir sanguinolent, puis enfin purulent. Or, ce liquide, dès le début, est déjà un liquide septique.

Nepveu, en 1867, avait constaté que la sérosité des sacs herniaires contenait des germes. En 1878, 1883, il confirma et précisa ces données. Enfin, les recherches de Clado, en 1889, démontrèrent d'une façon certaine la septicité du liquide. Clado et d'autres

auteurs comme Bonnekenne, etc..., ont pu isoler le bactérium coli commune et quelques autres microbes, mais ce dernier dont l'origine intestinale n'est pas douteuse, a été retrouvé d'une façon à peu près constante dans toutes les recherches et il paraît jouer le principal rôle.

Malgré l'opinion ancienne de Garre, en 1886, qui se refuse à admettre que les microbes puissent traverser la paroi intestinale non lésée, — malgré les dires de Ritter (1897) et de Rovsing (1892) qui n'auraient jamais vu de microbes dans le liquide d'une hernie étranglée, personne aujourd'hui ne se refuse à admettre la septicité de ce liquide. Tarel et Lanz, Schloffer et Brentano ont démontré expérimentalement la possibilité du passage des microbes à travers la paroi intestinale ; mais le point le plus intéressant et le plus probant est celui que nous fournissent les remarquables recherches de Bosc et de Blanc. Sur des coupes histologiques, ces auteurs ont pu voir des microbes pénétrer dans la muqueuse, gagner en profondeur, s'avancer dans la sous-muqueuse et filer le long des voies lymphatiques, si bien qu'il a été possible de les voir arriver jusque sous la tunique formée par la séreuse péritonéale, où on les trouvait tantôt libres, tantôt enfermés dans des globules blancs. Ces deux auteurs admettent, cependant, qu'une lésion intestinale est indispensable à la pénétration microbienne ; mais comment

pouvoir affirmer l'intégrité de la muqueuse intestinale à un moment donné ?

L'infection est donc d'origine intestinale et se produit de la même façon que la péritonite généralisée d'origine appendiculaire sans perforation de l'appendice, comme Margery en a rapporté plusieurs exemples dans sa thèse.

L'intestin est donc la source la plus habituelle de l'infection dans ces circonstances.

Faut-il induire de là qu'il soit le seul point de départ de l'infection et de la suppuration d'un sac déshabité ? Non sans doute. Il est compréhensible qu'une infection locale venue de l'extérieur par une plaie, un phlegmon, une adénite suppurée, etc... puisse par propagation déterminer l'inflammation et la suppuration du sac herniaire voisin ; mais il est probable qu'en pareil cas, on aurait plutôt affaire aux microbes de la suppuration banale (staphylocoques streptocoques) qu'au bactérium coli, hôte habituel de l'intestin.



Anatomie Pathologique

Le sac herniaire déshabité, qu'il soit d'ailleurs enflammé ou non, peut présenter deux dispositions différentes qui ne sont en somme que deux étapes successives d'un même processus.

Dans la première, l'orifice de communication entre le sac et le péritoine dont il est une dépendance s'est progressivement rétréci, au point de ne plus admettre que le petit doigt serré et même une sonde cannelée ou un stylet.

Convient-il de bien séparer ces pseudo-kystes sacculaires des différentes variétés d'hydrocèles et en particulier des hydrocèles du cordon, des hydrocèles communicantes ? Nous le croyons. Ce n'est pas que nous trouvions une différence capitale entre les deux ordres de faits, mais cependant cette différence existe. S'il y a plus d'un point permettant de rapprocher ces pseudo-kystes de quelques hydrocèles communicantes, il en est d'autres aussi qui permettent de les séparer. Dans les deux cas, en effet, il s'agit bien d'un sac séreux, dépendance du péritoine, qui tend à

se séparer de la cavité principale ; mais dans le cas d'hydrocèle, il s'agit d'une formation péritonéale normale, qui normalement doit tendre à s'isoler et même à s'oblitérer, puisque le canal vagino-péritonéal est appelé à disparaître dans un développement régulier. Dans le cas de sac herniaire déshabité, les choses sont toutes différentes ; la formation du sac est déjà un fait pathologique ; le péritoine a été entraîné dehors à travers l'orifice de la paroi. La tendance à l'oblitération aboutissant à isoler le sac d'avec d'avec le péritoine est également le résultat d'un processus pathologique et non d'une évolution normale et régulière.

Cette discussion a son intérêt car quelques auteurs ont eu tendance à reléguer au dernier plan les inflammations des sacs herniaires déshabités et à faire rentrer tous ces cas dans le cas des hydrocèles congénitales enkystées. Nous n'essaierons de conclure, qu'un peu plus loin, après avoir envisagé les vrais kystes sacculaires complètement fermés, lesquels soulèvent du reste la même question avec les kystes congénitaux du cordon.

Quand on examine ces pseudo-kystes sacculaires, on leur trouve, lorsqu'ils ont été le siège d'une inflammation, des parois à surface lisse comme les séreuses, et souvent très vascularisées. Ces parois sont épaisses et on peut y trouver des lésions analogues à celles de la pachyvaginalite si fréquente dans les vieilles hydro-

cèles. M. le professeur agrégé A. Broca a fort bien résumé ces lésions dans sa communication à la société anatomique lorsqu'il dit : « L'inflammation est ici ce qu'elle est dans toutes les séreuses et se caractérise suivant son acuité, par un épanchement séreux, sanguin ou purulent. On observe en effet dans les sacs herniaires tout comme dans la tunique vaginale des inflammations lentes avec production de néomembranes, véritables *pachysérites* capables de se transformer en hématomes du sac herniaire; telle est une observation publiée par R. Le Clerc dans nos bulletins (1). »

L'orifice par lequel le pseudo-kyste communique avec le reste de la séreuse est de dimensions variables; tantôt il admet la pulpe du petit doigt; tantôt il a le volume d'un crayon comme dans notre observation; parfois il est beaucoup plus réduit et admet à peine une sonde cannelée ou même un stylet. — Enfin il faut parfois le rechercher minutieusement pour le voir. Quoi qu'il en soit ce point est épaissi et la séreuse à ce niveau se fronce en plis longitudinaux parallèles à la lumière du canal qu'elle limite.

Tantôt en suivant cet orifice on arrive après un court trajet dans la grande cavité péritonéale; mais il n'est pas rare que cet orifice conduise dans un

1) R. Le Clerc. *Bull. de la Soc. anat.* 1879 2^e série, t. IV, p. 650.

second sac herniaire, habité cette fois et qui précède la grande séreuse. N'est-il pas possible de penser que les contractions de la paroi tendant à éloigner le pseudokyste, amènent la formation d'un infundibulum séreux, d'une amorce de hernie dans laquelle le viscère s'engage repoussant à son tour le kyste devant lui ?

Quant au contenu, il varie comme le fait remarquer M. A. Broca, depuis le liquide citrin jusqu'au pus franc. Dans aucun cas, sauf celui que nous rapportons il n'a été fait à notre connaissance d'examen bactériologique du liquide. Il y aurait là cependant une question intéressante, car il ne nous paraît nullement prouvé que le liquide séreux et citrin ne puisse être septique. (Voir la discussion de notre deuxième observation inédite).

La seconde catégorie comprend les kystes sacculaires vrais, complètement clos et ayant perdu toute communication avec le péritoine. Elle représente, avons nous dit, une étape plus avancée de la formation précédente. La paroi en est lisse et nettement séreuse comme dans le cas précédent, elle est épaissie, enflammée, comme nous l'avons montré plus haut, mais elle est fermée de toute part. Pourtant la trace de la communication antérieure avec le péritoine n'est pas complètement effacée. On trouve en effet, vers la partie supérieure ordinairement, un point plus épaissi et plus dur au niveau duquel la surface

séreuse se plisse, en formant des plis rayonnés. En suivant cette sorte de pédicule induré que présente la tumeur, on arrive, soit à la grande séreuse péritonéale, soit à un véritable sac herniaire, comme nous l'avons vu tout à l'heure. Si l'on examine la surface péritonéale ou celle du sac herniaire, on y retrouve plus nette encore la trace de la communication antérieure avec le kyste sacculaire. On voit un point déprimé duquel partent des plis radiés du péritoine. Ce sont les *stigmata* de J. Cloquet, que les docteurs Le Bec et Ducot ont pu observer dans la seconde observation que nous rapportons. Voici, du reste ce que M. le professeur Berger (1) écrit à ce sujet dans le traité de chirurgie : « Ces marques qui résultent de l'oblitération du collet du sac herniaire ressemblent à une véritable cicatrice du péritoine. J. Cloquet les a désignées sous le nom de *stigmata* du sac herniaire. On les trouverait, suivant cet auteur, assez fréquemment sur la paroi d'anciens sacs herniaires, ou au niveau du péritoine voisin des orifices qui donnent passage aux hernies ; le fait n'est pas sans importance puisqu'il indique qu'un assez grand nombre de hernies arrivent à guérir par une sorte d'évolution naturelle.

En examinant la face externe du péritoine ou du

(1) P. Berger. *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*. T. VI, p. 33.

sac au niveau du point où on observe des stigmates, on trouve un sac herniaire ou un diverticule du sac vide, qui pend au dehors en passant par l'ouverture aponévrotique ou bien qui est réduit derrière elle. Le sac déshabité peut s'oblitérer par adhérences de ses surfaces et disparaître presque complètement (J. Cloquet) ; en pareil cas, ses derniers vestiges sont comme perdus au milieu d'un développement insolite du tissu adipeux circonvoisin, sorte de *lipome herniaire*, dont Bernutz (1) reprenant dans sa thèse inaugurale l'hypothèse émise par Ambroise Paré, a démontré le rôle dans la guérison et la disparition spontanée de certaines hernies. »

Nous ne voulons pas reprendre ici les discussions sur le rôle et l'origine du lipome pre-herniaire; nous rappellerons seulement que ces lipomes, comme l'avaient vu Scarpa et Velpeau et comme le démontrent les observations du professeur Terrier (2), sont souvent la cause même de la formation du sac herniaire.

(1) Bernutz. — Thèse de Paris, 1846.

(2) Terrier. — Rev. de chir. 1889 p. 985.

Symptômes

Nous devons résumer ici les principaux symptômes par lesquels se manifestent les kystes et les pseudo-kystes sacculaires enflammés, nous essaierons ensuite de montrer comment on peut les reconnaître et les différencier d'avec les autres affections qui sont susceptibles de donner lieu à des erreurs de diagnostic.

On observe le plus souvent au niveau du siège habituel des hernies communes (inguinales, crurales) une tuméfaction assez bien circonscrite. Cette tumeur est recouverte par des téguments qui sont souvent normaux. Cependant lorsqu'on n'arrive pas tout-à-fait au début des accidents, la peau apparaît quelquefois épaissie ; le tissu cellulaire sous-cutané est augmenté d'épaisseur et quelque peu empâté : dans notre cas il y avait un empâtement légèrement œdémateux. On comprend que ces modifications superficielles puissent manquer lorsqu'il n'y a pas de suppuration et que dans ce cas même, en raison du siège de l'infection leur apparition soit tardive. Ces

modifications sont d'ordinaire précédées et accompagnées d'une rougeur légère de la peau, comme nous l'avons vu chez la malade dont nous citons l'observation.

La percussion qui doit être faite en pareil cas très superficiellement et avec une grande prudence révèle de la matité absolue.

Il faut dans le palper redoubler de prudence et avoir la main légère. On pourra alors bien délimiter la tumeur et lui trouver une consistance un peu mollassse, ou légèrement tendue, qui diffère nettement de celle d'une hernie étranglée. Cependant si le kyste sacculaire contient une assez grande quantité de liquide, si ses parois sont très enflammées, on trouvera une consistance plus ferme, plus élastique, il y aura de la rénitence, avec fluctuation profonde parfois difficile à apprécier.

Dans certaines circonstances il est possible de sentir un pédicule remontant vers l'orifice herniaire dans lequel il se perd en aboutissant à une hernie bien caractérisée. C'est alors qu'on trouve de l'impulsion à la toux et dans l'effort ; la tumeur paraît comme soulevée mais elle n'augmente pas de volume ; on ne la sent pas se remplir dans la main qui la palpe à ce moment.

La tumeur est-elle réductible ? Ce signe précieux et important des hernies est ici un signe dangereux et qu'on ne doit jamais chercher.

En théorie les kystes sacculaires vrais sont irréductibles, tandis que les pseudo-kystes sacculaires peuvent être réduits. Mais la réalité des faits nous montre que souvent ces pseudo-kystes ne sont pas réductibles, comme le dit M. A. Broca dans sa communication déjà citée. « Il n'est pas rare que, sans qu'on sache trop pourquoi, le liquide soit irréductible quoique anatomiquement, la communication existe. » En tous cas on évitera toute tentative de réduction ; le taxis doit être absolument proscrit, car si la réduction était possible elle donnerait lieu à un désastre en raison de la septicité du liquide. Nous dirons donc avec M. A. Broca : « le mieux est de ne pas s'y fier. »

On trouve au niveau de la tumeur une sensibilité très vive ; le malade ressent des douleurs spontanées, parfois lancinantes qui sont exagérées par la pression ou même le contact. C'est souvent ce symptôme *douleur* qui attire leur attention et les oblige à cesser le port d'un bandage.

Il existe ordinairement des symptômes généraux qui sont pourtant moins accusés que dans l'étranglement herniaire ; le malade a de la fièvre, généralement modérée ; il a des troubles digestifs qui consistent surtout en une anorexie complète, une soif vive et même des nausées ; il peut y avoir des vomissements, mais ils sont inconstants. La constipation est la règle, mais il n'y a pas d'obstruction au cours des matières et des gaz et la persistance de l'évacuation de ces

derniers est un bon signe diagnostic. Dans certains faits même on a noté de la diarrhée plus ou moins abondante, parfois très vive, comme dans les cas de pincement latéral de l'intestin sur lesquels le professeur Le Dentu a attiré l'attention.

Enfin si on interroge le malade, si l'on fait quelques recherches sur ses antécédents, on apprend qu'il est porteur depuis plus ou moins longtemps d'une hernie qui rentrait facilement; il portait ou non bandage, puis la hernie a semblé disparaître pendant quelques temps et c'est à la suite de cela que la tumeur a fait son apparition. Le malade a cru d'abord au retour de sa hernie, mais il n'a pu supporter son bandage. Lorsqu'on peut relever de tels antécédents le diagnostic est bien simplifié, mais malheureusement on a souvent à faire à des malades qui s'observent peu et qui ne fournissent sur leurs antécédents que des renseignements très vagues.

Plusieurs causes d'erreurs peuvent se présenter et leur étude est importante : aussi allons nous les passer rapidement en revue et essayer d'indiquer les principaux signes différentiels sur lesquels on devra baser le diagnostic.



Diagnostic

Le diagnostic doit être fait avec la hernie quand il s'agit d'un pseudo-kyste ou d'un kyste vrai, avec la hernie engouée ou étranglée quand il y a inflammation du kyste. Nous rappellerons simplement que le kyste sacculaire se reconnaît à ce qu'on peut assez facilement le contourner par en haut. Le doigt appliqué sur l'orifice herniaire sent parfois un pédicule mais il est plus étroit que celui d'une hernie. De plus on n'a pas aussi nettement l'impulsion pendant la toux et l'effort, à moins cependant qu'il n'y ait une hernie derrière le kyste. Enfin le kyste n'augmente pas de volume pendant la toux, il ne se remplit pas sous la main qui palpe durant l'effort.

Quand le sac est enflammé on évitera la confusion avec l'engouement et l'étranglement, à cause de l'absence de constipation absolue. La diarrhée est même possible, l'évacuation des gazs n'est pas suspendue. Les symptômes péritonéaux, les nausées, les vomissements sont moins accusés et n'ont pas les mêmes caractères. Le diagnostic est donc, en général, possible avec un peu d'attention et point n'est besoin

pour l'assurer de faire un taxis dangereux et de chercher la réductibilité. Mais d'autres causes d'erreur peuvent se présenter, variables selon que le kyste avoisine l'orifice inguinal ou l'anneau crural.

Lorsque le siège de la tumeur est inguinal on peut d'abord se demander s'il ne s'agit pas d'une funiculite, d'un abcès du cordon. La funiculite est moins bien circonscrite, l'abcès du cordon est plus empâté plus rapidement rouge et les téguments portent des traces plus accusées de participation au processus inflammatoire. Pourtant, le diagnostic peut présenter les plus grandes difficultés ; dans le fait de Gerdy (1), le diagnostic resta hésitant et ne put être affirmé qu'après l'incision.

On peut encore croire à l'inflammation d'une bourse séreuse acquise par le port d'un bandage mal fait ou mal appliqué. « Sans doute, dit A. Broca, on aura bien quelques présomptions ; la rougeur de la peau, par exemple, manque souvent dans les observations d'abcès sacculaires que j'ai compulsés ; quand elle survient elle est tardive. La cause du fait est facile à comprendre. D'autre part, la collection intra-herniaire paraît toujours assez profonde. En tout cas, lors de l'incision, le diagnostic sera établi par la surface lisse du sac séreux, s'il s'agit d'un épanchement sacculaire ; par le pédicule creux que l'on voit se

(1) Gerdy. — Arch. Gén. de Méd., 1836, 2^e série, t. X, p. 41.

prolonger vers un trajet intra-pariétal. Et ce diagnostic a quelque utilité : en effet il faudra éviter de laisser suppurer au dehors une poche qui peut communiquer avec le péritoine : on doit en retrancher tout ce qu'on peut ; or, cette dissection et cette excision sont en général assez faciles ».

Il reste un dernier diagnostic extrêmement difficile à établir et même impossible en certains cas, c'est celui d'un kyste du cordon enflammé ou suppuré.

Il est vrai que ce diagnostic n'a pas au point de vue thérapeutique une bien grave importance et que de fait un kyste sacculaire peut être en même temps un kyste du cordon. Paul Delbet l'a justement fait remarquer à propos de l'observation qu'il a présentée à la société anatomique en février 1898 et qu'on trouvera plus loin. « En l'espèce, dit-il, à propos de ce fait, un kyste sacculaire pourrait être fumiculaire si l'on suppose en effet une hernie congénitale inguino-interstitielle guérie spontanément ou après application d'un bandage, et un kyste se développant dans le sac déshabité, on se trouvera en présence d'un kyste sacculaire par son origine puisqu'il sera développé aux dépens d'un sac herniaire, mais fumiculaire par sa situation, développé qu'il sera dans le canal vagino-péritonéal qui, dans cette variété de hernie constitue le sac. »

En réalité, on n'aura pour faire le diagnostic que la descente incomplète du testicule, son atrophie ou

une anomalie congénitale de l'organe. Encore est-il qu'on ne peut se prononcer d'une façon absolument catégorique en pareil cas. Enfin on a pu voir, dans un cas cité par Bryant (1) une tuméfaction allongée de l'anneau inguinal cutanée jusqu'au milieu des bourses que l'on prit pour une épiplocèle étranglée, puis pour un abcès dans son sac herniaire, mais après incision et évacuation du pus le malade succomba ; l'autopsie montra une carie vertébrale et un abcès caséeux de la fosse iliaque communiquant par un canal avec l'abcès scrotal, sans qu'il y eût de hernie.

Lorsque la tumeur occupe la région crurale, elle peut facilement simuler une hernie à ce niveau ; nous avons déjà exposé les signes qui permettent le diagnostic, il faut encore savoir différencier cette inflammation des kystes succulaires avec les adénites. Ce diagnostic est important et nous n'en voulons pour preuve que le nombre considérable des cas où l'on a recommandé et fait porter des bandages, alors qu'il s'agissait d'adénite et non de hernie. On interrogera donc avec grand soin le malade. On recherchera s'il n'a pas présenté une hernie crurale qui aurait depuis quelque temps cessé de se montrer au dehors ; enfin comme le dit Verneuil, on se rappellera que « l'existence d'une hernie antérieure ne met pas à l'abri d'un bubon vénérien par exemple. »

(i) *Bryant*. — Méd. Times, and gaz., 1878, t. I, p. 701.

C'est dire l'importance qu'il y a à examiner avec soin non pas seulement l'état local mais encore toutes les régions où les lymphatiques jouent le rôle de vaisseaux afférents.

Deux points du diagnostic restent à préciser : la collection renferme-t-elle ou non du pus, est-ce un kyste ou un pseudo-kyste sacculaire ? Il est difficile d'arriver à préciser la nature du contenu. Dans tel cas la tumeur est recouverte par des teguments rosés et cependant son contenu est séreux ; dans tel autre, la peau conserve encore sa couleur normale, bien que le liquide soit purulent.

Il n'y a d'ailleurs pas grand intérêt à diagnostiquer la nature du contenant si l'on se rappelle que le liquide séreux peut être septique aussi bien que le pus lui-même.

Quant à savoir s'il s'agit d'un kyste ou d'un pseudo-kyste sacculaire, c'est-à-dire s'il persiste ou non une communication entre la tumeur et le péritoine, il est préférable de ne pas le rechercher. On n'aurait en effet pour établir ce diagnostic que la réductibilité. Or, nous avons vu, et sans qu'on sache pourquoi, qu'elle peut manquer dans les pseudo-kystes et, d'autre part, nous avons montré tout le danger que présenterait la production d'un liquide septique dans l'abdomen. D'ailleurs, le traitement sera le même dans les deux cas.

Observations

Observation I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Raymond Petit,
Chef de clinique chirurgicale adjoint de la Faculté.

Madame Tr..., âgée de 30 ans, examinée le 15 octobre 1899 présente, outre quelques troubles digestifs peu accusés, une tumeur au niveau de la base du triangle de Scarpa du côté droit.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires, si ce n'est que le père de cette femme avait une hernie (?).

Comme antécédents personnels rien de spécial.

Cette malade qui est obligée de fournir un travail pénible et de porter des fardeaux assez lourds a senti, il y a six mois environ, une gêne bientôt douloureuse du côté de la racine de la cuisse droite. Un mois plus tard elle s'aperçoit de l'existence d'une tumeur à ce niveau ; elle éprouve en même temps quelques coliques. La tumeur augmente de volume quand la malade est fatiguée et disparaît complètement la nuit, pour se manifester de nouveau le matin quand cette femme a fait quelques efforts et surtout quand elle tousse.

Examen. — Le 15 octobre on ne trouve aucune lésion appréciable du côté de l'appareil respiratoire. Le cœur est normal. La malade a bon appétit, mais elle a des digestions pénibles et des coliques avec des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle fatigue facilement et se plaint surtout de l'aîne droite.

Le foie est normal ainsi que la rate. Pas d'éthylisme. Du côté de la cuisse droite on voit dans le triangle de Scarpa immédiatement au-dessous de l'arcade crurale une petite tumeur du volume d'un gros marron. Cette tumeur est sonore à la percussion, molle et légèrement sensible. Elle se réduit sous l'arcade crurale sans difficulté et avec un bruit de gargouillement. En même temps la malade accuse des coliques. L'anneau crural est nettement dilaté et admet la pulpe de l'index.

On sent à ce niveau de l'impulsion pendant la toux et si l'on retire le doigt la tumeur se reproduit.

Diagnostic : Entéroccèle crurale droite réductible. Nous conseillons à la malade, d'ailleurs assez bien portante, la cure radicale de la hernie.

Depuis ce moment nous avons plusieurs fois revu cette femme qui pour des raisons personnelles retarde l'opération. Nous lui indiquons le danger d'étranglement en la priant de nous appeler sans retard si les signes s'en manifestaient.

Le 23 décembre 1899. — La malade nous fait appeler en toute hâte. Elle n'a pas eu de vomissements, mais quelques nausées. Les matières sont arrêtées, mais les gaz sont encore rendus.

En outre depuis la veille au soir la malade souffre de sa tumeur crurale droite qui n'est point rentrée

spontanément dans la nuit; nous l'examinons le jour même à 4 heures du soir et nous constatons que la tumeur herniaire est augmentée de volume; les téguments qui la recouvrent sont rouges un peu œdémateux et enflammés. Le palper superficiel réveille une sensibilité très vive et la malade accuse des douleurs spontanées assez violentes. Fort heureusement, comme la suite devait nous l'apprendre, nous ne faisons aucune tentative de taxis et nous décidons l'opération pour le soir même.

L'intervention a lieu à 8 heures du soir le même jour. Incision verticale sur la tumeur; on ouvre le sac et on voit s'écouler environ un verre à madère de pus franc mais liquide et à odeur infecte, à coloration gris brônâtre. La surface interne de la poche ouverte est lisse et unie, les parois sont épaissies. Vers la partie supérieure nous voyons un orifice assez large pour admettre un crayon, au niveau duquel la séreuse est plissée et les parois plus épaisses et plus dures. Cet orifice conduit directement dans un sac herniaire peu ou pas enflammé qui s'engage au niveau de l'anneau crural pour se continuer avec la grande séreuse.

L'anneau est assez large pour admettre la pulpe de l'index. Ni la première poche ni le sac herniaire ne sont habités; on ne voit pas l'intestin, on n'aperçoit pas l'épiploon. On dissèque le sac suppuré, la partie rétrécie puis le sac herniaire susjacent, le plus haut possible. Ligature et résection du sac. Suivant le procédé de Barker on remonte la ligature péritonéale et on la fixe derrière la paroi abdominale le plus loin possible en haut et en dehors. Fermeture de l'anneau

crural au catgut, suture des téguments, drainage.

Le 25 décembre 1899, suppression du drain (il n'y avait pas de suppuration).

Le 30 décembre, ablation des fils, réunion par première intention.

Au bout de 25 jours la malade est complètement remise, elle se lève et vaque bientôt à ses occupations accoutumées.

Le pus qui a été recueilli au cours de l'opération dans une pipette stérilisée est examiné par nous même à l'Institut Pasteur. On y trouve, tant par l'examen direct que par les cultures, du *bacterium coli commune*.

Deux mois après la malade qui a conservé quelques troubles digestifs, se plaint d'alternatives de diarrhée et de constipation, avec accumulation de gaz et ballonnement après les repas. Cependant la cure radicale de la hernie est parfaite ; cicatrice linéaire ; aucune impulsion à son niveau pendant la toux et l'effort.

Nous avons du opérer cette malade depuis, le 19 mars 1901, pour une salpingite suppurée double. Au cours de la laparotomie, nous avons pu constater, d'une part que la trace de la hernie opérée n'était point visible et qu'il n'y avait point d'infundibulum péritonéal à l'anneau crural. D'autre part, sur une anse de l'intestin grêle pouvant facilement se mettre en rapport avec l'orifice crural, il existait un épaississement inflammatoire et circulaire du viscère diminuant le calibre de l'organe. — Nous faisons une dilatation digitale, en invaginant sur le

doigt, dans la portion rétrécie, la partie sous-jacente de l'intestin.

Aucun trouble depuis ; la malade va bien et nous l'avons retrouvée en excellent état de santé le 15 juin 1901. Tous les signes ont disparu et la femme commence à reprendre de l'embonpoint.

Guérison complète, sans éventration.

Réflexions.— Nous avions affaire à un pseudokyste sacculaire, enflammé et suppuré. — Ce pseudokyste présentait une large communication avec le péritoine par l'intermédiaire d'un sac herniaire crural. — Le fait est rare et cependant il n'est pas douteux. Il est remarquable que malgré la large communication entre ce sac déshabité et la hernie, le pus n'avait guère eu de tendance à fuser dans le péritoine et restait cantonné dans le sac déshabité. Néanmoins il est évident que la moindre tentative de taxis sur la tumeur enflammé eut vidé son contenu purulent dans la cavité péritonéale et entraîné des accidents de péritonite rapidement grave.

Observation II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Ducot, interne de l'hôpital Saint-Joseph)

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, entré dans

à la recherche de l'orifice de communication avec le péritoine ne peuvent y pénétrer et l'on reconnaît alors que le sac déshabité est complètement oblitéré au niveau de son collet où l'on remarque encore *quelques replis longitudinaux* (1). Ce sac peut être suivi en bas jusque dans le scrotum où il communique avec la vaginale. A côté de ce premier sac on en trouve un second contenant quelques franges épiploïques et complètement fermé à son extrémité inférieure. Ces deux sacs sont accolés à la façon des deux canons d'un fusil à deux coups.

Les deux sacs sont liés et excisés ; la plaie est refermée avec drainage. La guérison ne survint qu'au bout de un mois et demi à deux mois à cause de la suppuration ; actuellement (10 juin), la cicatrisation est parfaite.

Cette observation dont nous remercions à nouveau notre excellent ami le docteur Ducot nous inspire les réflexions suivantes :

Il s'agit là d'une anomalie dans l'oblitération du canal vagino péritonéal. Le malade eut d'abord une hernie congénitale. L'oblitération du cul de sac séreux déshabité eut lieu à la partie supérieure laissant derrière elle un infundibulum séreux, amorce de hernie. D'autre part la vaginale tendit à se fermer, mais incomplètement. Le liquide accumulé dans le reste du canal vagino péritonéal intermédiaire entre

(1) Stigmates de Cloquet.

le service de M. le docteur Le Bec, à l'hôpital Saint-Joseph, vers le milieu de Mars 1901.

Le malade est bien constitué et jouit d'une bonne santé habituelle.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Comme antécédent personnel on apprend que, à l'âge de 4 ou 5 ans, à la suite d'un effort, il ressentit une douleur vive au niveau de la région inguinale gauche. Un médecin consulté posa le diagnostic de hernie inguinale. L'opération ne fut pas faite et la guérison survint assez rapidement, ou du moins le malade ne s'en ressentit plus.

Il y a quelques années, pendant que le malade faisait son service militaire, il ressentait de temps en temps, surtout après les marches, une douleur au niveau de la région inguinale gauche ; il ne remarquait pas de grosseur et comme il souffrait en même temps de douleurs abdominales et épigastriques, le major diagnostiqua « gastralgie ».

Depuis cette époque, le malade n'ayant pas une vie nécessitant beaucoup d'efforts physiques, ne se plaignit que rarement de son affection. Dans les dernières semaines néanmoins, avant son entrée à l'hôpital Saint-Joseph, les douleurs réapparurent et le malade remarqua cette fois une grosseur au niveau de la région inguinale. Un médecin consulté posa alors le diagnostic de hernie et le malade entra à l'hôpital, où le diagnostic fut confirmé.

L'opération fut faite vers le 15 mars. Après l'incision des téguments on tombe sur un sac assez mince qui, incisé, laisse échapper une petite quantité de liquide citrin clair. Le doigt, puis la sonde, introduits

général les hernies opérées dans ce service où les règles de l'asepsie sont bien observées, ne suppurent point; de sorte que si l'on invoque une faute inaperçue, on peut aussi invoquer au même titre l'infection par le liquide kystique.

Observation III

(Tédenat. — Montpellier médical, t. 17, 1891.)

Homme âgé de 46 ans, cordonnier. A l'âge de 13 ans, hernie inguinale gauche, qui en quelques semaines arriva au fond des bourses. Un bandage appliqué nuit et jour amena en trois ans la guérison complète de la hernie, qui ne reparut jamais plus. Le 4 juin 1886, cet homme me consulta pour une douleur sourde qu'il éprouvait dans la bourse gauche depuis trois ou quatre jours. Il l'attribuait à un effort fait pour charger une balle de farine. Je constatai une tuméfaction légère avec fine crépitation et pensai à une funiculite, bien que le malade n'eût aucune inflammation du canal. Je conseillai le repos et des compresses d'eau blanche. Le malade continua à marcher; le 8 je fus appelé à cause d'un gonflement considérable et douloureux. La peau des bourses était rouge, tendue, la tuméfaction avait la forme d'une énorme hydrocèle funiculaire remontant un peu au-dessus de l'orifice inférieur du canal inguinal; la fluctuation était manifeste. Constipation complète depuis deux jours, quelques nausées,

le péritoine et la future vaginale ébaucha un kyste du cordon.

Comment expliquer l'accollement en canon de fusil des deux sacs séreux ?

Si nous songeons que la hernie congénitale a été constatée à l'âge de 5 ans, et que les sacs accolés ont été vus à l'âge de 27 ans, nous croyons pouvoir interpréter ainsi les faits : le canal vagino-péritonéal s'est oblitéré en un point laissant derrière lui un infundibulum péritonéal dans lequel l'intestin et l'épiploon se sont engagés. Sous l'influence des efforts et des fatigues ces viscères ont dilaté et allongé ce sac herniaire et l'ont amené à descendre s'accoler aux vestiges séreux du canal vagino-péritonéal. Ainsi un sac de hernie congénitale est devenu d'abord sac déshabité, puis kyste du cordon en même temps que kyste sacculaire, tandis que le reste supérieur du sac séreux primitif a donné naissance à une nouvelle hernie. Celle-ci mérite encore le nom de congénitale puisqu'elle s'est produite à la faveur d'une anomalie de développement.

Il est regrettable que dans ce cas, comme dans bien d'autres du même genre, on n'ait pas examiné bactériologiquement le liquide. Bien qu'il fût séreux en apparence, rien ne prouve qu'il n'était pas septique. Nous ne pouvons affirmer que la suppuration dans ce cas a été due à l'infection par ce liquide, mais nous nous contenterons de remarquer qu'en

fièvre marquée. Je diagnostiquai une collection purulente. J'incisai sur toute la longueur, et j'arrivai à décortiquer une poche située en avant du cordon. Je posai une ligature au-dessus de l'orifice inférieur du canal inguinal et excisai tout le sac purulent. Sa paroi avait l'épaisseur d'un millimètre au moins ; sa face interne était lisse. J'avais certainement enlevé l'ancien sac herniaire depuis longtemps inhabité et qui avait été le siège d'une inflammation suppurée. La guérison était complète au dixième jour.

Observation IV (A. Broca, Bull. de la Société anatomique de Paris, avril 1887, p. 233).

H... Louis, maçon, âgé de 29 ans, entre le 12 septembre 1882, salle Saint-André, numéro 6, à l'hôpital Necker (service de M. le Professeur Guyon, supplée par M. Monod).

Le malade raconte que le testicule droit n'est jamais descendu dans le scrotum. Seulement, de temps à autre une petite grosseur apparaissait dans l'aîne. Il y a environ trois mois est survenue une hernie inguinale, venue petit à petit, qui n'est jamais descendue dans les bourses. Elle se réduisait facilement, mais ressortait de même. Le sujet n'a jamais porté de bandage, et sa hernie n'a causé aucun accident. Il n'a pas remarqué qu'à un moment donné elle eût cessé de se produire.

Il y a un mois a débuté une affection pendant la-

quelle H... a été soigné, dit-il, pour une « gastrite. »

Pendant sept jours ont eu lieu des vomissements quotidiens, alimentaires et bilieux, qui se répétaient jusqu'à 15 et 20 fois par jour.

En même temps, il y avait de la diarrhée. Le malade ne prenait que du lait (jusqu'à 5 litres par jour). Alors, la tumeur inguinale a commencé à grossir et ne s'est plus réduite ; d'abord dure, sans changement de couleur à la peau, elle est devenue peu de temps après rouge, puis s'est peu à peu ramollie.

A ce moment, elle n'occasionnait pas de souffrances. Pendant une semaine environ le traitement a consisté en bains et en cataplasmes. La tumeur est ensuite devenue le siège de douleurs aiguës, térébrantes. La tuméfaction scrotale restait stationnaire ; la diarrhée persistait. Puis, il y a une huitaine de jours, un gonflement rouge et douloureux a envahi la partie interne de la région inguino-abdominale. Pendant tout ce temps, le malade dit n'avoir pas eu de fièvre, pas de frissons. Depuis environ 15 jours, les vomissements ont cessé.

Le 12 septembre, matin. Apporté à la consultation sur un brancard Tumeur rouge, très molle, fluctuante, peu douloureuse dans le scrotum du côté droit ; à ce niveau la peau est très amincie. Empatement et rougeur de la région inguino abdominale surtout dans sa moitié interne. Diarrhée.

Le 12, soir. Une perforation spontanée s'est faite pendant la journée à la face antérieure du scrotum. Il sort un pus verdâtre, assez bien lié, d'une fétidité extrême. Le scrotum est enveloppé d'ouate.

Le 13, la face antérieure du scrotum présente plu-

sieurs orifices, en pomme d'arrosoir. Il en sort du pus et des paquets de tissu cellulaire sphacélé. M. Monod fait, à l'aide des ciseaux, une incision longitudinale et arrive dans une poche à parois très épaisses (au moins 5 à 6 millim.) présentant en haut et en dehors un orifice qui se prolonge dans le trajet inguinal. Cette poche est isolée en disséquant aux ciseaux les adhérences qui l'unissent aux tissus ambiants, puis elle est excisée sous l'arcade de Fallope. Quelques artérioles sont liées dans cette partie. On ne trouve dans le sac aucune trace de hernie, pas plus que de testicule ou de cordon.

Le trajet inguinal, exploré rapidement avec le petit doigt, est libre, Pansement de Lister et ouate.

Le 13, soir. T. 38°4.

Le 14. Matin. 37°8 ; soir, 38°.

Le 15, matin. — Le pansement est changé. Pus toujours fétide. Pas de sphacèle. Issue d'une notable quantité de pus en pressant de dehors en dedans sur le canal inguinal. Langue bonne. Ventre un peu ballonné, indolent. Pas de vomissement. T. 37°8. Drain debout dans le trajet inguinal. Soir, T. 37°6.

Le 16. — Soir, T. 38°4.

Le 17, — Pansement. Pas de rétention de pus dans le canal inguinal. Le météorisme persiste. T. 37°6.

Le 18. — Le ventre est moins ballonné.

Le 19. — Drain enlevé.

Le 20. — Très bon état local. Quelques coliques. La diarrhée continue (potion bismuth et diascordium, à 4 gr.).

Le 21. — La diarrhée est arrêtée. La pression sur le canal inguinal ne fait plus sourdre de pus, la plaie

se rétrécit rapidement. Depuis cinq jours la fièvre est nulle ; bon appétit ; bon sommeil. Ventre redevenu souple ; pas de coliques.

Le 28. — Il ne reste plus qu'une petite plaie grande comme une pièce de 1 franc, parfaitement bourgeonnante.

4 octobre. — Le malade se lève dans la journée et le soir ne ressent aucune douleur.

Le 7. — Cicatrisation complète. Le périnée, la racine de la cuisse, etc., sont explorés : on n'y trouve pas de testicule.

Le 11. — Exeat.

Observation V

Doyen. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1856

Il s'agit d'une *péritonite développée dans un sac herniaire*. Un homme portait une volumineuse hernie inguinale droite, contenue par un bandage. Il se présenta dans le service de M. Richet, éprouvant des douleurs vives dans le sac et la partie inférieure de l'abdomen. Il n'existait aucun signe d'étranglement. Le sac contenait manifestement une collection liquide, qui fut à deux reprises évacuée par une ponction. Une première fois, on retira 800 grammes d'une sérosité rougeâtre ; une seconde fois, 5 à 600 grammes. Malgré cette évacuation et un traitement antiphlogistique convenable, les douleurs ne firent qu'aug-

menter en s'accompagnant d'une diarrhée abondante. Le malade succomba.

A l'autopsie, on put voir que le sac était divisé en deux loges, dont l'une était vide d'intestin et ne contenait que du liquide. Dans la loge supéro-interne se trouvait une anse de 20 centimètres d'intestin grêle. Le collet du sac peut admettre l'extrémité des cinq doigts réunis. La paroi intestinale n'offre aucun vestige de constriction. Il n'y a donc pas eu d'étranglement, mais toute la paroi de la poche et celle de l'intestin hernié présentent une rougeur vasculaire qui s'étend jusque dans la fosse iliaque droite. C'est donc là un cas des mieux caractérisés de péritonite herniaire sans étranglement.

Observation VI (Saviard. In thèse de Duplay, Paris, 1865).

Le 5 février 1690, l'on apporta à l'Hôtel-Dieu une malade, âgée de 22 ans, qui avait la fièvre, de grands vomissements et le ventre fort tendu et fort douloureux.

Après l'avoir un peu questionnée, je connus par ses réponses qu'elle avait eu depuis 2 ans une descente qui rentrait au-dedans et s'en échappait facilement dans les commencements, mais que sa tumeur n'étant pas rentrée depuis six mois, elle n'avait pas laissé pour cela de porter son brayer.

Je lui ôtai son bandage pour voir et toucher la tu-

meur de l'aîne, qui me parut d'un caractère assez douteux, de sorte que, après avoir fait inutilement quelques tentatives pour la réduire, néanmoins sans violence, jugeant cette tumeur plutôt humorale que *partiale*, je me contentai d'y faire appliquer les émollients joints aux résolulifs ; mais la violence de la fièvre l'ayant emportée deux jours après, je fis l'ouverture de son cadavre.

Après l'ouverture faite aux téguments du bas-ventre, j'aperçus une quantité d'eau considérable épanchée dans la capacité, les intestins tout gangrénés et chargés de purulence dans leur surface.

J'ouvris après cela la tumeur de l'aîne, où je trouvai un bon demi-setier d'eau contenue dans une poche pareillement formée du péritoine, et j'aperçus une *très petite ouverture*, par laquelle la sérosité répandue dans cette poche, communiquait avec les eaux qui étaient épanchées dans le bas-ventre.

Enfin, les ligaments ronds de la matrice passaient par dessous cette tumeur.

On peut conjecturer, dit Saviard, que le trou de la descente s'étant à peu près consolidé, la sérosité contenue dans cette poche s'y était épanchée peu à peu du bas-ventre par la petite ouverture que l'on y remarquait.

Observation VII (In thèse de Duplay, Paris, 1865).

Une femme de 60 ans portait depuis 22 ans une hernie crurale gauche, qu'elle avait maintenue

d'abord avec un bandage, puis qu'elle se contentait de réduire lorsque la tumeur reparaisait. Un jour, la tumeur devient irréductible. On reconnaît une hernie étranglée, peu volumineuse, allongée, occupant le pli de l'aîne dans la direction de l'artère crurale, et s'accompagnant d'une légère tuméfaction du ventre et de douleurs assez vives, qui se propageaient de la tumeur dans l'abdomen ; elle parut irréductible. La malade avait de fréquentes envies de vomir, mais elle ne vomissait pas encore. Au bout de huit heures l'intensité des symptômes, qui était toujours croissante, détermina le chirurgien à opérer. Le sac, mis à découvert, offrit une élasticité remarquable ; ponctionné dans son milieu avec la pointe d'un bistouri, il laissa échapper une très grande quantité de sérosité. Après qu'il eut été largement ouvert, on ne trouva rien dans son intérieur, et l'extrémité du doigt portée vers l'anneau crural permit de reconnaître le degré d'étroitesse de cette ouverture, où l'on put à peine introduire une petite sonde cannelée. Le chirurgien en fit le débridement ; les accidents se calmèrent quelques heures après. Guérison en quinze jours.

Observation VIII (In thèse de Duplay, Paris, 1865).

Une femme de 71 ans portait depuis quinze ans une tumeur de l'aîne droite du volume d'une noix, indolente, irréductible. Etant atteinte de bronchite, elle s'aperçut que sous l'influence des efforts de toux,

la tumeur commençait à devenir douloureuse et à augmenter de volume. On crut à une hernie étranglée et l'on vit vainement des tentatives longues et répétées de réduction.

La tumeur, située au-dessus de l'arcade crurale, avec pédicule engagé dans l'anneau inguinal, était du volume d'un petit œuf de poule, d'une consistance inégale, fongueuse, molle, non fluctuante. Il y avait de la douleur à la pression ; les téguments offraient leur couleur normale ; constipation depuis cinq jours

Opération. — On incise successivement la peau, deux ou trois fascias, et ce que l'on croit être le sac herniaire, lequel se trouve entièrement rempli par une masse jaunâtre, pédiculée, formée de trois bosselures principales, à surface inégale, chagrinée, de consistance variable suivant les points, qui rappelle assez bien celle de l'épiploon condensé ou de ganglions légèrement ramollis. Il semble même qu'une des bosselures ne soit autre chose qu'un ganglion lymphatique. On fend cette masse suivant sa longueur et en arrière dans un cul-de-sac péritonéal, qui permet au doigt de pénétrer dans l'abdomen. La tumeur renferme dans l'épaisseur de ses parois un noyau d'un rouge intense, constitué à la fois par un épanchement et une infiltration de sang. Son pédicule adhère aux parois du canal inguinal dont l'anneau n'exerce aucune constriction.

Ligature en masse du pédicule, après avoir débridé le collet du sac, et excision de la portion exubérante de la tumeur. Pansement simple ; eau de Sedlitz.

Après une amélioration passagère la malade est prise de symptômes de péritonite et meurt six jours après.

A l'autopsie on trouve une arborisation vasculaire de la séreuse abdominale, sans épanchement ni fausses membranes. La partie sur laquelle a porté la ligature n'est autre chose que le collet d'un ancien sac herniaire avec lequel l'épiploon et l'intestin n'ont aucune espèce de rapport.

Observation IX

(Dupuytren. — Cliniq. chir. t. III p. 582.)

Femme de 50 ans atteinte depuis longues années d'une hernie crurale du côté droit, pour laquelle elle a porté un bandage. Depuis quelque temps et sans cause appréciable, douleurs dans l'aîne, coliques, constipation, envies de vomir.

On découvre une tumeur irréductible, douloureuse au toucher, globuleuse, du volume d'un gros œuf de pigeon, sans changement de couleur à la peau. Les symptômes d'étranglement persistent ; constipation, hoquet, nausées et quelques vomissements. Saignée, bains, émollients, taxis plusieurs fois répété.

Sanson opère. Arrivé au sac, il fit une ponction d'où il ne sortit que du pus. L'incision fut agrandie ; tout le pus contenu dans la tumeur étant évacué, le doigt introduit dans sa cavité ne trouva ni intestin,

ni épiploon, mais des surfaces lisses, polies, sans adhérences, et à la partie supérieure de la cavité, l'orifice d'un petit canal fort étroit, communiquant avec l'abdomen, mais tellement petit qu'on aurait pu tout au plus y introduire et avec beaucoup de peine l'extrémité du petit doigt. Les accidents cessent ; guérison en quinze jours.

Observation X

(Decoux. — Soc. anatom. 1837 p. 260)

Decoux montre une tumeur située au niveau de l'anneau inguinal externe et qui fut prise pour une hernie. Elle existait depuis quinze ans chez un homme auquel on avait conseillé l'application d'un bandage herniaire, lorsque récemment survinrent des douleurs dans le bas-ventre et des vomissements, Le taxis prolongé n'ayant amené qu'une légère diminution de la tumeur, l'opération fut pratiquée par Malgaigne. Après l'incision de la peau et de l'aponévrose, on tomba sur la tumeur formée de parois excessivement épaisses, fibreuses et qui, à son centre, offrait une légère cavité contenant un peu de liquide séreux. Aucune communication avec l'abdomen. La tumeur paraissait venir de l'intérieur du canal inguinal. Extirpation au niveau de l'anneau externe ; on emporta en même temps le testicule qui adhéraît à la partie inférieure. Mort le lendemain ; péritonite purulente. On vit que la tumeur extirpée, suivant le

trajet du canal inguinal, tenait à l'épiploon par trois pédicules fibreux.

Observation XI

(Maunoury, Soc. anat. 1841, p. 44).

Tumeur de la région inguinale droite chez une femme, prise pour une hernie étranglée. Roux reconnut au contraire l'existence d'un abcès qu'il ouvrit. Néanmoins, la mort est survenue et il n'a pas été possible d'en déterminer la cause par l'autopsie. L'abcès s'était formé dans un ancien sac herniaire du canal inguinal oblitéré, ne communiquant pas avec le péritoine, et qui probablement avait autrefois contenu l'ovaire et la trompe utérine, car ces deux parties adhéraient solidement à la paroi postérieure du kyste et avaient amené une inclinaison de l'utérus à droite. La malade a raconté qu'elle avait eu autrefois une hernie étranglée qui depuis plusieurs mois n'était pas sortie.

Observation XII

(In thèse de Duplay, Paris, 1865)

Femme de 29 ans, portant depuis quinze ans une

hernie inguinale qui a été contenue anciennement à l'aide d'un bandage.

Il y a huit jours, des douleurs se sont manifestées dans la région inguinale droite, qui présente une tumeur de la grosseur d'une orange. La peau est rouge, tendue, extrêmement douloureuse à la pression. Par la palpation, on s'aperçoit que cette tumeur se prolonge jusqu'à l'orifice inférieur du canal inguinal dans lequel elle s'engage. Pas d'accidents généraux, pas de vomissements, la malade est allée à la selle la veille de son entrée à l'hôpital.

Opération. — Après l'incision de la peau, le bistouri pénètre dans l'intérieur d'une poche d'où s'échappe d'abord un liquide citrin, séreux, peu abondant, puis du pus très concret. Les parois du sac sont épaisses et donnent à la coupe la même sensation de résistance que du tissu fibreux. Il n'y a aucune trace de hernie : mais à la partie supérieure de la paroi externe, il existe une tumeur plus petite, dure, arrondie, résistante. En l'ouvrant, il s'échappe une matière jaune, gélatiniforme que l'on pourrait comparer à de la synovie. L'examen de l'intérieur de cette seconde poche ne fait reconnaître aucune communication avec la cavité péritonéale. Guérison.

Observation XIII

(Dupuytren cliniq. chir., t. III, p. 584).

Un homme de 37 ans portait depuis l'âge de 15

ans une tumeur siégeant à la bourse droite, dans la tunique vaginale testiculaire. On la considéra comme étant une hydrocèle congénitale dans laquelle on fit, pendant le cours de 13 années, dix à douze ponctions qui donnaient toujours issue à une sérosité transparente.

Un jour, au moment où cet homme soulevait un fardeau, la tumeur augmente subitement de volume et devient douloureuse. Cette douleur diminue à la pression et fait entendre comme un bruit de gargouillement. Le ventre est tendu et douloureux ; nausées ; vomissements ; pouls petit, déprimé. On croit à une hernie étranglée et on opère. On pénètre dans une poche contenant un liquide séro-purulent mêlé de flocons albumineux ; pas d'épiploon ni d'intestin ; aucune communication avec l'abdomen.

Mort de péritonite le septième jour après l'opération.

A l'autopsie on trouva une poche considérable s'étendant depuis le testicule à nu jusqu'à 3 pouces au-dessus de l'anneau inguinal ; la poche est divisée par l'anneau du grand oblique en deux compartiments. Le sac supérieur est moins grand que l'inférieur.

Observation XIV

(Chassaignac. Des sacs herniaires déshabités. Revue médico-chir., 1855, t. XVII, p. 281).

Hernie crurale étranglée chez une femme de trente-cinq ans.

Opération. — Après l'incision de la peau, on met immédiatement à découvert une tumeur bosselée, ayant tout à fait l'aspect d'une entérocele, tant pour la couleur que pour la consistance.

Le chirurgien se demande si l'on a affaire à un kyste ou à une hernie akystique du cœcum. Pour sortir d'incertitude il eut recours aux trois moyens suivants : 1° Il fit une dissection complète de la tumeur, dans l'espérance que quelques particularités de sa surface pourraient fournir des indices inattendus. 2° Il chercha par un examen plus attentif s'il ne découvrirait pas quelques traces de la présence d'un sac. Cette recherche fut négative. 3° Il chercha à reconnaître l'existence ou la non-existence d'un pédicule. Le résultat de ses recherches fut qu'il existait positivement un pédicule, et, pour cette raison, jointe à celles qui sont fournies par la configuration de la tumeur, se rapprochant plus de celle d'une hernie que de celle d'un kyste, et par les commémoratifs, établissant nettement que la malade portait antérieurement une hernie, il conclut qu'il avait affaire à une hernie du cœcum.

Tentatives infructueuses de réduction. On essaye alors de débrider, au niveau du pédicule, en allant du dehors en dedans. Impossibilité absolue de réduire ou même d'ébranler le pédicule de la tumeur. On cherche alors à détruire les adhérences supposées par des tiraillements et des décollements au moyen de la spatule. Ces manœuvres permirent d'introduire le doigt indicateur sur tout le pourtour du pédicule, entre ce dernier et les parties qui le cernaient. Nou-

velles tentatives de réduction, toujours suivies d'insuccès.

Près de laisser les choses dans cet état, et en insistant encore sur les tentatives de réduction le chirurgien aperçoit tout à coup dans la main qui tenait la hernie un liquide presque transparent, sans odeur fécale. Après avoir ouvert la poche affaissée qu'il avait sous les yeux, il découvre une surface rose et lisse, et pensant être dans un kyste, il recherche s'il existe quelque communication avec l'abdomen. Il finit par trouver à la partie supérieure un petit orifice dans lequel on put introduire une sonde cannelée qui pénétra jusque dans la cavité péritonéale.

On excise une partie du kyste. Guérison.

Observation XV

(In thèse de Duplay, Paris 1865)

Femme de 83 ans portant une hernie du côté gauche depuis 15 ans, devenue irréductible il y a deux ans.

A la suite d'un effort, douleur dans l'aîne gauche, puis coliques, borborygmes, constipation. On trouve dans l'aîne gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, peu sensible, incomplètement réductible, avec gargouillement. Ventre non douloureux, un peu tendu. Les symptômes de l'étranglement se prononcent de plus en plus, vomissements fécaloïdes le troi-

sième jour. La tumeur n'a pas augmenté de volume, elle est indolente.

En examinant l'aîne du côté opposé, le chirurgien découvre une petite tumeur douloureuse, placée immédiatement au-dessous de l'anneau crural. Il opère de ce côté. Après l'ouverture d'une poche qui renferme de la sérosité rougeâtre, il reconnaît que la tumeur qu'il avait prise pour une hernie étranglée communique avec la cavité du péritoine par une ouverture qui permet l'introduction d'une sonde cannelée, mais qu'elle ne renferme aucune portion d'intestin ni d'épiploon. Persistance des accidents; mort quatre jours après.

A l'autopsie, on trouvera outre les lésions de la péritonite, une hernie crurale de l'iléon à gauche, étranglée dans une ouverture de l'épiploon.

Observation XVI

(Dupuytren. Leçons orales T. III, p. 572)

Homme de 40 ans portant deux hernies inguinales. La hernie du côté gauche s'étrangle. Un chirurgien la réduit après plusieurs tentatives de taxis. Les symptômes de l'étranglement persistent; les deux hernies sont réduites.

On hésite sur le côté où l'opération doit être faite. Le malade accusant une douleur plus vive à droite. Dupuytren opère de ce côté.

Après l'incision de la peau se présente une petite tumeur qu'on peut prendre un instant pour le cordon spermatique, puis pour le sac herniaire. C'était un kyste contenant une grande quantité de sérosité, derrière lequel était placé le véritable sac herniaire. Celui-ci, peu volumineux, ne contenait ni intestin, ni épiploon, mais seulement un peu de sérosité dans laquelle nageaient quelques flocons albumineux. Le doigt pouvait être introduit dans l'abdomen.

Dupuytren pratique à l'instant l'opération de l'autre côté. Après l'incision de la peau et des couches celluleuses, il ouvre une poche qu'il prend pour le sac herniaire, et qui contenait une masse graisseuse que l'opérateur considère d'abord comme étant formée par l'épiploon. Mais apercevant au-dessous un feuillet fibreux et faisant tousser le malade, il voit se soulever ce feuillet qu'il incise avec précaution, ainsi que quelques parties sous-jacentes. C'était un sac herniaire contenant une assez grande quantité de sérosité sanguinolente et une anse intestinale étranglée. Débridement. Réduction. Guérison.

Observation XVII .

(Paul Delbet. Soc. anatom., 1898)

J. Pierre, âgé de 30 ans, cultivateur à Bagnolet, se présente à la consultation de l'hôpital Tenon, en juin 1897, avec une petite tuméfaction de la région ingui-

nale droite. Ses parents sont vivants et bien portants ; lui-même ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels.

La tuméfaction a débuté il y a environ quatre mois par une petite grosseur occupant la partie moyenne du trajet inguinal. Le malade ne s'en est d'abord pas inquiété, puis la voyant augmenter peu à peu de volume, il est allé voir un médecin qui a diagnostiqué une hernie et lui a ordonné le port d'un bandage.

Depuis qu'il porte ce bandage, la tuméfaction continue à augmenter ; primitivement indolente, elle détermine aujourd'hui une sensation de pesanteur qui la rend gênante ; le malade réclame la cure radicale de sa hernie.

A l'examen, on constate une tumeur lisse, ovoïde, rénitente et ferme, placée parallèlement aux éléments du cordon et s'engageant dans le trajet inguinal droit. La grosse extrémité tournée en bas et en avant vient faire saillie sous les téguments, hors de l'orifice inguinal externe qu'elle déborde dans une étendue de un travers de doigt environ. L'extrémité supérieure s'engage dans le trajet inguinal et il est difficile d'en apprécier les limites. Si, maintenant le doigt au contact de la tumeur, on fait tousser le malade, on sent une impulsion assez nette. La tumeur est un peu plus tendue et descend dans l'effort ; si à ce moment on insinue le doigt le long de la tumeur, et si en même temps on relâche les parois du trajet inguinal par une attitude appropriée, on parvient à abaisser la tumeur et à la contourner par en haut. Un doigt placé entre elle et la partie profonde

du trajet inguinal ne sent pas d'impulsion au moment de la toux : cette constatation permet d'éliminer le diagnostic de hernie inguinale.

La tumeur n'est pas réductible : elle se laisse dans une certaine mesure refouler en masse : d'où une fausse sensation de réductibilité.

Le diagnostic dans ces conditions s'impose.

Le malade revient le surlendemain. Précautions antiseptiques ordinaires, anesthésie de la région au chlorure d'éthyle. Je fais une incision de 5 centimètres : je sectionne les couches superficielles ; je mets à nu le kyste ; pour dégager son extrémité supérieure, j'incise la paroi antérieure du trajet inguinal dans une étendue de deux centimètres environ. L'isolement est alors facile : on constate que le kyste se continue par son extrémité inférieure avec un cordon fibreux, des tractions exercées sur lui retiennent sur le testicule, établissant nettement la connexion des deux organes. En haut un prolongement analogue s'engage dans le trajet inguinal, les deux prolongements sont sectionnés. L'inférieur est un cordon fibreux plein, le supérieur un conduit canaliculé qui se rétracte et que je ne puis retrouver pour l'oblitérer par ligature ou cautérisation. Sutures profondes et superficielles. Guérison sans incident.

Le kyste a une longueur de 5 centimètres ; son diamètre est de deux centimètres. Il est légèrement étranglé à l'union de son tiers supérieur avec les 2/3 inférieurs. Le prolongement canaliculé se détache de la partie moyenne de la face postérieure du segment supérieur. Les parois du kyste sont minces ; celui-ci renferme une gelée jaunâtre assez épaisse et filante.

Traitement

Il nous reste à envisager quelle est la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste sacculaire ou d'un pseudo-kyste enflammés. Cette question mérite à tout point de vue d'être envisagée en quelques mots, car, comme nous l'avons vu précédemment, les erreurs de diagnostic sont ici assez fréquentes ; elles peuvent être redressées au cours de l'intervention ; dans ce cas on devra prendre immédiatement un parti.

Tout d'abord on peut se demander si le chirurgien peut et doit, en présence d'un kyste sacculaire enflammé ou suppuré, chercher à s'assurer de la perméabilité du pédicule, c'est-à-dire de la communication entre le sac et le péritoine ? Non. Il faudra en particulier éviter d'explorer le sommet du kyste avec une sonde de femme ou une sonde cannelée, bien que Chassaignac ait recommandé cette manière de faire.

M. Duplay a bien montré qu'il n'y avait aucun avan-

tage à agir de cette façon et qu'au contraire, on risquait d'infecter le péritoine et de faire courir au malade les plus graves dangers ; cependant on examinera avec soin l'intérieur du sac et l'on s'assurera en particulier après l'avoir ouvert et en avoir évacué le contenu, qu'il n'y a pas un pincement de l'intestin ou une épiplocèle étranglée oblitérant le pédicule creux du sac.

Verneuil a rapporté des exemples, dans lesquels après ouverture de la poche, les accidents ont continué et les malades ont succombé à un étranglement herniaire méconnu.

Faut-il de là conclure, contre l'opinion de Chaussaignac qui recommandait de débrider l'anneau, que l'incision seule suffit ? Nous ne le pensons pas. A notre avis, après avoir ouvert et évacué le sac, en ayant soin de recueillir le liquide purulent ou non et d'éviter autant que possible son contact avec la plaie, on placera des pinces sur les lèvres de l'incision et on ouvrira la poche sur sa face antérieure jusqu'au niveau de son pédicule. Il sera facile alors de constater *de visu* que ce pédicule est creux et libre ou bien qu'il renferme un viscère hernié ; (Dolbeau (1) y a rencontré la trompe de l'allope). L'épiploon enflammé a été trouvé plusieurs fois. On se comportera alors suivant les circonstances, soit comme ayant à

(1) Dolbeau. — Soc. anat. 1854, t. XXIX p. 72.

faire à un kyste, soit comme pour une hernie étranglée.

On n'oubliera pas, qu'après avoir isolé le premier sac, fréquemment son pédicule plein ou creux conduit à une hernie située derrière le kyste ; dans ce cas, après avoir placé une pince sur le pédicule du kyste afin de bien l'isoler, on pourra faire la cure radicale de la hernie ; c'est la méthode qui a été suivie dans notre observation et le résultat a été excellent.

Lorsqu'on ne rencontre pas de hernie, il est prudent de poser une ligature sur le pédicule du kyste et suivant le procédé imaginé par Barker pour les hernies crurales d'éloigner ce pédicule de l'orifice herniaire. On terminera par la suture des téguments, mais on se rappellera que le liquide, même non purulent, peut être septique, et il sera prudent, au moins pendant les quarante-huit premières heures, d'établir un drainage.



Conclusions

1° Un sac herniaire déshabité peut arriver à se séparer peu à peu du reste de la cavité péritonéale ; d'abord en communication avec elle par un orifice étroit (pseudo-kyste sacculaire), il est bientôt complètement fermé (kyste sacculaire).

2° Souvent il se produit ou il persiste une hernie au-dessus de ces sacs déshabités.

3° Ces kystes, parfois difficiles à distinguer cliniquement des hydrocèles du cordon et des kystes congénitaux du cordon, doivent en être séparés en théorie. Dans les deux cas le processus d'isolement du sac séreux est le même : mais pathologique et anormal dans le premier, il répond dans le second à une évolution physiologique incomplète. L'existence de ces kystes à l'anneau crural prouve bien leur autonomie.

4° Ces kystes peuvent s'enflammer, s'infecter et suppurer, soit que les microbes viennent de l'intestin (cas probablement le plus commun), soit qu'il s'agisse d'une infection extérieure par propagation.

5° Il faut éviter la confusion avec la hernie étran-

glée en se basant sur les signes que nous avons exposés. En tous cas, dans le doute, on évitera soigneusement le taxis qui peut être très dangereux en déversant du liquide septique dans le péritoine.

6° Quant à distinguer le kyste sacculaire enflammé du kyste du cordon également enflammé, cela peut être impossible, mais peu importe puisque le traitement est le même.

7°) L'extirpation du kyste préalablement vidé par une incision résume la thérapeutique. On évitera la recherche dangereuse de la perméabilité de l'orifice péritonéal et on fera au besoin la cure radicale de hernie qui pointe souvent derrière le kyste.

8°) Nous pensons que l'examen bactériologique des liquides de kystes et pseudo kystes sacculaires, ainsi que des kystes funiculaires (examen dont nous ne connaissons pas d'observation antérieure à la nôtre), serait fertile en intérêt, s'il était fait systématiquement chaque fois qu'on rencontre l'une de ces affections, quelle que soit d'ailleurs la nature du liquide (sérosité, sang, pus).

Vu : le Président de la Thèse,
PAUL BERGER.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

BERGER (P.) — Traité de chir. de Duplay et Reclus,
t. VI, p. 33.

BERNUTZ. — Thèse de Paris, 1846.

BROCA (A.) — Bull. de la Soc. anat. de Paris, avril
1887, p. 233.

BRYANT. — Med. times and Gaz. 1878, t. I, p. 701.

CHAPSAL. — Thèse de Paris, 1848, p. XXI.

CHASSAIGNAC. — Des sacs herniaires déshabités (Revue
médico-chir., 1885, t. XVII, p. 281).

D'ARNAUD. — Cité par Demeaux.

DECOUX. — Soc. anat. 1837, p. 260.

DELBET. — Bull. de la soc. anat. de Paris, n° 5, 1898,
p. 160.

DEMEAUX — Recherches sur l'évolution du sac her-
niaire, p. 12 et 60, Paris 1842.

DOLBEAU. — Soc. anat. t. XXIX, p. 72, 1854.

DOYEN. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1856.

DUPLAY. — Thèse de Paris, 1865.

DUPUYTREN. — Cliniq. chir., t. III, p. 582-584, Paris
1839.

— Leçons orales, t. III, p. 572.

- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, T. 6, p. 8.
GERDY. — Arch. gén. de méd., 1836, 2^e série, t. X,
p. 411.
GOSSELIN. — Leçons sur les hernies abdominales, Pa-
ris, 1865, p. 23.
JABOULAY. — Traité de chirurg. cliniq. et opératoire,
T. VII, p. 643.
JANSON. — Quelques observations sur la médecine et
la chirurg. Arch. 1^{re} série, T. VI, p. 82.
LECLERC (R). — Bullet. de la Société anatom. 1879,
4^e série, T. IV, p. 650.
LEDUAN. — Observ. de chirurgie, Paris, 1731, T. II,
p. 155.
LITTRÉ. — Mém. Acad. Sc. 1703, p. XLIX.
MAUNOURY. — Soc. anat. 1841, p. 44.
NIVET. — Arch. 2^e série, T. XIV, p. 32.
SAVIARD. — Observ. chir. p. 120, observ. 22. Paris,
1702.
TÉDENAT. — Montpellier médical, T. XVII, 1891.
TERRIER. — Rev. de chir. 1889, p. 985.
VERNEUIL. — Diction. encycl., art. aine, p. 268, 1864.

